

ANNÉE 1929

THÈSE 500

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

MARCUS ROSENFELD

Né le 23 Février 1903, à Jassy (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

Maladies du Col Vésical

Président de Thèse : M. le Professeur LEGUEU.

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ECOLE-DE-MÉDECINE, 13

1929

N° 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

MARCUS ROSENFELD

Né le 23 Février 1903, à Jassy (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

Maladies du Col Vésical

Président de Thèse: M. le Professeur LEGUEU.

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 13

1929

I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. ROGER

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ...	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie ...	MAURICE VILLARET
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux ..	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE,

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et Psychiâtrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie médicale	BÉNARD Henri.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIÈRE.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale	De GAUDART-D'ALLAINES
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Obstétrique	ÉCALLE.
Urologie	FEY.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HARVIER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBE (Henri).
Pathologie médicale	LAROCHE Guy.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Anatomie Pathologique	LEROUX.
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Pathologie mentale	LIAN.
Pharmacologie	MERCIER Fernand.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Anatomie Pathologique	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Physiologie	RICHET Fils.
Dermatologie et syphiligraphie	SÉZARY.
	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur)
Pathologie médicale	VAUDESCAL.
Obstétrique	VELTER.
Ophthalmologie	VERNE.
Histologie	VIGNES.
Obstétrique	

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	GUENIOT.
Obstétrique	LEQUEUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	DEMELIN.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.

Clinique chirurgicale	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique médicale	LÉRI.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE,

A MA FEMME

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU

Professeur de Cliniques Urologiques à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien de l'Hôpital Necker

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Au Maître éminent de l'Urologie française, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse, qu'il veuille trouver ici l'expression de toute notre gratitude.

AU DOCTEUR MARC PAPIN

Ancien Assistant titulaire du Service d'Urologie à la Faculté

Lauréat de la Faculté de Médecine (Ancien Prix Bodard)

Membre de la Société d'Hydrologie et de Climatologie

Membre titulaire de l'Association française d'Urologie

Membre national de la Société française d'Urologie

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

Président de la Société de Médecine et de Chirurgie de La Rochelle

*Qui nous a toujours témoigné la plus
grande sympathie et a été pour nous
un Maître éminent, qu'il veuille bien
trouver ici l'expression de notre
gratitude.*

AU DOCTEUR HENRI DAMAYE

Médecin Directeur des Asiles d'Aliénés
Expert près les Tribunaux et les Administrations

Que nous remercions pour les conseils éclairés qu'il nous a fait profiter pendant notre séjour dans son Service.

AU CORPS MÉDICAL, CHIRURGIENS ET MÉDECINS
DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS DE LA ROCHELLE

Avant-Propos

« La rétention est un trouble caractérisé par l'impossibilité d'évacuer normalement tout ou partie de l'urine contenue dans la vessie » (Paul Delbet).

Que la rétention survienne brusquement à la suite d'un traumatisme, d'un corps étranger de l'urètre, d'une congestion ou d'une inflammation et nous aurons la rétention aiguë.

« La rétention aiguë est un accident, la rétention chronique est une maladie » (Paul Delbet).

La rétention peut compliquer un grand nombre de maladies ; en effet, la miction est contrôlée par le cerveau et la moelle et exige pour s'accomplir des voies nerveuses centripètes et centrifuges intactes, un muscle vésical suffisamment sain, des voies d'excrétion libres. Toute lésion qui vient altérer une de ces parties, peut produire la rétention.

1^o *Rétention d'origine cérébrale.* — Elle est observée dans la neurasthénie, l'hystérie, psychopathie urinaire, etc...

2^o *Rétention d'origine médullaire.* — Elle est fréquente au cours des affections médullaires qui amènent une section

anatomique ou physiologique de la moelle ; on l'observe également dans les inflammations, sclérose en plaque, tabes, etc.

3° *Rétentions réflexes.* — Rétentions réflexes qui suivent les opérations portant en particulier, sur l'abdomen et la sphère génitale dans les deux sexes.

4° *Rétention par diverticule de la vessie.*

5° *Rétention par altération de la paroi urétrale.* — Rétention par malformations congénitales, imperforation de l'urètre, etc... et rétentions traumatiques : plaies et ruptures de l'urètre.

Rétention par inflammation : blennorrhagie, urétrite, prostatite.

Enfin les altérations acquises de la paroi : rétrécissement, hypertrophie de la prostate, tumeur de l'urètre et du corps spongieux, etc...

Mais il existe des rétentions chroniques dues uniquement à des « maladies du col vésical » qui jusqu'à ces temps derniers ont été absolument ignorées.

On les observe dans des cas particuliers et on ne trouve alors à l'examen de ces malades aucune des causes de rétention signalées plus haut. On pouvait tout au plus les classer parmi les « prostatiques sans prostate ».

C'est donc actuellement une entité morbide, une nouvelle affection qui n'a pas été décrite jusqu'à ces dernières

années, mais dont les traités de pathologie urinaire devraient à l'avenir réserver un chapitre.

Le but de notre thèse est donc de contribuer à l'étude de ces maladies du col vésical. Interne dans le service du Docteur Marc Papin, chef du service d'Urologie aux Hospices civils de La Rochelle, nous avons eu l'occasion d'en observer plusieurs cas. Nous apporterons ici les idées personnelles de ceux qui se sont occupés de cette question, de Messieurs les Professeurs Legueu et Marion, du Docteur Marc Papin, et nous essayerons à l'aide de ces diverses théories de nous faire une opinion sur cette affection encore mal connue.

Historique

Depuis longtemps, les chirurgiens opéraient des rétentionnistes qu'ils croyaient porteurs d'une petite hypertrophie de la prostate.

A l'opération, ils trouvaient un col vésical paraissant normal sans hypertrophie prostatique, une vessie saine. Ils refermaient et le malade continuait à ne pas pouvoir uriner.

C'est ainsi que dernièrement encore, arrivait dans le service du Docteur Marc Papin un malade chez lequel un chirurgien du Midi avait pratiqué une cystostomie pour rétention. A l'opération, il n'avait pas trouvé d'hypertrophie prostatique; il referma la vessie, mais le malade ne pouvait toujours pas uriner.

Le Docteur Papin intervient à nouveau et lui enleva le col vésical. Depuis ce moment-là, le malade se porte très bien et vide parfaitement sa vessie. Des faits analogues ont été publiés et c'est d'abord Monsieur le Professeur Marion qui, au Congrès d'Urologie de 1926, parla le premier « d'hypertrophie congénitale du col vésical » en apportant quatre observations à l'appui de sa thèse.

A la séance du 11 juillet de la Société française d'Urologie, Messieurs les Professeurs Marion et Chevassu apportent encore une observation du même ordre.

Le 21 novembre 1927, Monsieur le Professeur Legueu reprit la question, et, se basant sur ses observations, considéra comme possible mais non comme démontrée la nature congénitale de l'hypertrophie du col vésical ; mais d'après les faits, ceci lui paraissait peu probable et il rattacha l'hypertrophie du col à la maladie prostatique, dont « elle lui paraît être la première étape, la plus simple expression ».

« Ce qui constitue la maladie ici, c'est donc bien l'hypertrophie du col, dont l'hypertrophie congénitale n'est, ou ne serait qu'un élément, qu'un stade, qu'une variété » (Legueu).

Le 12 décembre 1927, Monsieur le Professeur Marion, apporta encore trois observations d'hypertrophie du col vésical avec diverticule de la vessie.

A la même Société, le 20 février 1928, notre chef de service, le Docteur Marc Papin (La Rochelle) sous le titre de « Contributions à l'étude des dysuries du col vésical » apporta quatre observations de rétentionnistes porteurs de rétrécissement de l'urètre et il attira l'attention sur « l'association de ces hypertrophies du col et du rétrécissement de l'urère. »

Il émettait alors l'hypothèse : « à savoir que le rétrécissement de l'urètre était l'une des causes de la malformation acquise du col vésical ou, que tout au moins, ces malformations de col coexistent fréquemment avec les rétrécissements urétraux ».

Dans la séance du 9 juillet 1928, le Docteur Blanchot

(Bordeaux) apporte un nouveau cas de sténose du col vésical du même type que celle relatée par Messieurs Marion et Legueu.

A l'appui de son hypothèse, le Docteur Marc Papin rapporte le 19 novembre 1928, une nouvelle observation de maladie du col vésical consécutive à un rétrécissement de l'urètre.

Le 17 décembre 1928, dans une séance de la Société française d'Urologie, Monsieur le Professeur Legueu et Monsieur Flandin présentent encore deux observations d'hypertrophie du col vésical dont l'une semble d'ordre congénital et dont l'autre paraît être due à *l'infection et à la sclérose*.

Enfin, le 13 mai 1929, le Docteur Marc Papin, dans une 3^e note à propos des maladies du col vésical et des rétrécissements de l'urètre insiste une fois de plus sur l'existence de maladies acquises du col vésical « dont le point de départ résiderait, indirectement peut-être, mais à n'en plus douter, dans les rétrécissements de l'urètre. »

Le mécanisme d'après lui serait alors le suivant : rétrécissement de l'urètre déterminant la rétention vésicale. La rétention vésicale est alors la cause de deux phénomènes nouveaux, le premier l'infection déterminant des altérations du col vésical, le deuxième l'effort dynamique se manifestant surtout au niveau de ce col vésical et y déterminant aussi des altérations pathologiques.

Anatomie Pathologique et Histologie

A l'examen uréthro-cystoscopique aussi bien qu'au cours de l'opération, on ne trouve pas toujours des déformations importantes du col qui puissent expliquer les troubles de la miction. Dans ces altérations se cachent, selon les auteurs, des lésions très différentes, mais néanmoins, d'après M. le Professeur Legueu, on trouve « des hypertrophies musculaires et fibreuses qui, dans d'autres cas, produisent avec l'hypertrophie glandulaire la maladie prostatique. On y trouve aussi d'autres fois, une sclérose incontestable, c'est-à-dire l'hypertrophie du tissu fibreux avec rétrécissement du col, perte de souplesse ».

Voici quelques lésions observées par différents auteurs chez leurs malades :

Sur le malade opéré par M. le Professeur Legueu, le 22 janvier 1919, l'examen histologique ne montre que les éléments du col vésical, c'est-à-dire des fibres musculaires, dont le tissu interfasciculaire paraît œdémateux ; des glandes prostatiques dont quelques-unes sont entourées d'une couronne lymphocitaire attestant un léger degré d'infection.

En un point, on trouve une hypertrophie non encapsu-

lée et située en dehors du col vésical ; en somme dans ce cas, il y avait seulement une hypertrophie du col portant sur les éléments musculaires et glandulaires.

Sur le malade opéré le 7 novembre 1925 à l'examen histologique, la couche musculeuse est très notablement scléreuse ; la sclérose forme des nappes fibreuses isolant des paquets plus ou moins volumineux de fibres musculaires. Sur la couche musculaire, une couche muqueuse montre dans la profondeur de petits îlots d'éléments infectieux et à la surface un épithélium fragmenté, corné, reposant sur des papilles pour la plupart fibreuses.

Sur un autre malade, l'examen histologique fait par M. Verliac montre un premier fragment formé en majeure partie de stroma fibro-musculaire ; dans cette masse, on peut distinguer trois lobules adénomateux, l'un d'eux est kystique, l'autre est fibreux, le troisième est glandulaire, un peu hypertrophié. Ces lésions sont disséminées et peu étendues. Des plaques d'infiltration ne sont ni particulièrement périglandulaires, ni périvasculaires. L'autre fragment contient dans un stroma très musculaire et peu fibreux quelques amas de glandes hypertrophiées, mais non kystiques. Il y a autour de plusieurs glandes une abondante infiltration, quelques vaisseaux musculaires paraissant atteints d'endartérite.

En résumé, petits adénomes microscopiques.

Sur le malade opéré le 9 mai 1928, par M. le Professeur Legueu, l'examen histologique fait par M. Verliac mon-

tre : « une couche épithéliale vésicale normale, reposant par une base sur une couche conjonctive, puis une masse musculo-conjonctive surtout musculaire, dont les faisceaux sont coupés sous des angles variés ; à travers cette couche venant de l'épithélium, passent des canaux glandulaires dont les lobes sont surtout développés dans la profondeur de la coupe et figurent des glandes dilatées, ni adénomateuses, ni cancéreuses. Ces glandes, presque toutes kystiques, s'apparentent aux glandes prostatiques par leur revêtement épithéliale cylindrique ; mais cet épithélium, un peu variable d'une glande à l'autre, est tantôt cubique, tantôt cylindrique ou à l'aspect des glandes prostatiques anormales sans inflammation ni tendance néoformative ; autour des glandes, aucune altération inflammatoire pernicieuse.

Conclusion : Col urétral dans lequel sont développées des glandes sous-urétrales d'aspect normal, qui ne sont ni adénomateuses, ni cancéreuses et qui ne présentent aucune altération inflammatoire.

Sur le malade opéré par M. le Professeur Legueu, le 16 mars 1928, l'examen histologique fait par M. Verliac montre un tissu musculaire lisse, assez notablement fibreux et une couche conjonctive recouverte d'un épithélium urétral normal, peu proliférant.

La couche conjonctive sous-épithéliale est parsemée de nodules d'apparence leucocytaires. Il ne semble pas qu'on

puisse penser à un néoplasme, même au début. « Je crois qu'il ne s'agit que de sclérose et d'infection du col. »

Chez le malade opéré par M. le Professeur Marion, le 16 avril 1913 :

Pièce : « petite masse arrondie mais de forme un peu irrégulière, volume d'une cerise. »

Examen histologique : La masse, intéressée par la coupe, est une formation musculaire presque pure, avec très peu de tissu conjonctif. Les fibres musculaires groupées en faisceaux sont orientées dans tous les sens : ici, les faisceaux sont coupés transversalement ; là, ils le sont longitudinalement, mais partout existe entre eux des fibres qui les séparent et qui les réunissent. A la périphérie de la coupe, on trouve une bande muqueuse urétrale avec son aspect normal.

Dans le stroma musculaire enfin, se trouvent d'assez rares cavités glandulaires, quelques unes un peu dilatées, mais la plupart réduites, rétractées, minimales et à parois non festonnées comme d'habitude. Revêtement épithélial à peu près normal. Corps amylicé, un peu d'infiltration de cellules rondes autour des conduits excréteurs des glandes.

Donc, il s'agit ici d'un tissu musculaire pur.

Sur le malade opéré par M. le Professeur Marion le 9 juillet 1919, l'examen microscopique de la pièce montre du tissu musculaire avec, à la périphérie, quelques débris de glandes normales.

Sur le malade opéré par M. le Professeur Marion le 26 mai 1926, l'examen histologique de la pièce montre du tissu musculaire.

A propos d'un autre malade opéré par M. Marion, et dont M. Chevassu a examiné la pièce, celui-ci n'a constaté dans le col que des fibres musculaires et quelques glandes; au premier abord, il a pensé qu'il pouvait bien s'agir d'une augmentation de nombre et de puissance des fibres musculaires; mais ultérieurement, il revient un peu sur cette idée, disant qu'il ne constate pas grande différence entre l'épaisseur de ce col et l'épaisseur d'un col normal.

M. Marion trouve en général chez ces malades une hypertrophie considérable des parois musculaires de la vessie et du col vésical; pas d'adénome en évolution.

A l'examen pratiqué par M. le Professeur Sabrazés sur le col du malade du Docteur Blanchot: « On trouve un tissu fibro-musculaire très développé, au-dessus de l'épithélium de la vessie. Beaucoup de glandes du col; glandes en tubes ramifiés; pas d'évolution maligne. »

Sur notre malade, opéré par M. Marc Papin le 26 juin 1928, l'examen histologique fait par M. Verliac montre: « épithélium normal, quelques leucocytes dans le chorion, mais sans infection importante. Eléments musculo-conjonctifs du col normaux; mais le tissu conjonctif fibreux inter-musculaire est un peu plus abondant que de coutume. »

Au milieu de toutes ces diverses théories anatomo-pathologiques, nous aurions voulu donner ici une définition histologique exacte de cette maladie, cela a notre grand regret ne nous paraît pas facile pour le moment. Nous avons essayé, en nous adressant au distingué anatomo-pathologiste, M. Verliac, chef de laboratoire à l'hôpital Necker, d'en avoir un texte précis. Il nous a répondu lui-même que cela était vraiment impossible aujourd'hui, car « il est probable, dit-il, qu'il est encore trop tôt pour vouloir unifier ces notions qu'on recueille de côtés variés. »

L'avenir donc seul nous donnera une idée précise.

I. — Maladies congénitales du col vésical

(Théorie du Professeur MARION)

Dans tous ses cas M. le Professeur Marion a noté la coexistence chez des malades parfois jeunes qui n'urinent pas, de diverticules de la vessie et de modifications du col et il en a déduit que les deux lésions, diverticule et hypertrophie du col, pouvaient être rattachés à la même cause, l'origine congénitale.

Cette hypertrophie qui est difficile à démontrer macroscopiquement, car on ne peut guère différencier un sphincter vésical normal d'un sphincter hypertrophié, M. Marion la rapproche de l'hypertrophie congénitale qu'on retrouve au sphincter pylorique. L'épaississement du sphincter amène une dysurie considérable pouvant aller jusqu'à la rétention.

« Les faits de coexistence d'une malformation vésicale, diverticule, me paraissent assez impressionnants au point de vue de la pathogénie et c'est ce qui me fait penser qu'au moins dans certains cas existent des modifications du col d'origine congénitale, pouvant conduire à la rétention » (Marion).

Voici d'ailleurs les observations sur lesquelles M. Marion appuie son hypothèse :

OBSERVATION I

M. Lem..., 30 ans, envoyé par le Professeur Jean-Louis Faure, son ami, vient me consulter pour des troubles de la miction.

Pas de blennorragie antérieure. Depuis l'âge de dix-huit ans, il remarque qu'il a de la peine pour uriner, qu'il est obligé de pousser, et comme cette dysurie augmente de plus en plus, à tel point qu'il est obligé d'attendre plusieurs minutes avant de pouvoir uriner lorsqu'il en éprouve le besoin et doit déployer les plus grands efforts pendant la miction, il vient demander un soulagement à ses troubles. La miction est plus fréquente que normalement : 7 à 8 fois le jour, trois fois la nuit. Les urines sont claires.

A l'examen, on constate au toucher rectal, absence d'hypertrophie de la prostate, celle-ci a son volume et sa consistance normaux.

La sonde traverse l'urètre sans obstacle et permet d'évacuer un résidu de 350 grammes d'urine claire.

A la cystoscopie, le col est un peu congestionné et soulevé en saillie en un point sur la partie inférieure et gauche de son rebord.

Diagnostic : Adénome du col.

Opération le 16 avril 1913 à la Maison de Santé de la rue de la Chaise. Anesthésie au chloroforme.

Cystostomie. On sent le col épaissi et l'on fait l'ablation en bloc du col. Tamponnement, tube de Marion.

Le tamponnement est retiré, le drain est changé comme d'habitude, puis remplacé par une sonde à demeure ; la plaie fermée en dix-sept jours, le malade sort au vingtième. Il urine sans difficulté et n'a plus aucun résidu.

J'ai eu à longue échéance des nouvelles du malade par le Professeur Jean-Louis Faure ; il urine toujours de façon satisfaisante.

Pièce : petite masse arrondie mais de forme un peu irrégulière, volume d'une cerise.

Examen histologique : la masse, intéressée par la coupe, est une formation musculaire presque pure avec très peu de tissu conjonctif. Les fibres musculaires groupées en faisceaux sont orientées dans tous les sens : ici les faisceaux sont coupés transversalement ; là, ils le sont longitudinalement, mais partout existent entre eux des fibres qui les séparent et les réunissent. A la périphérie de la coupe, on trouve une bande muqueuse urétrale avec son aspect normal.

Dans le stroma musculaire enfin, se trouvent d'assez rares cavités glandulaires, quelques-unes un peu dilatées, mais la plupart réduites, rétractées minimales et à parois non festonnées comme d'habitude. Revêtement épithélial à peu près normal. Corps amylicé, un peu d'infiltration de cellules rondes autour des conduits excréteurs des glandes.

Donc, il s'agit ici d'un tissu musculaire pur.

OBSERVATION II

M. B... Arsène, 48 ans, metteur en scène du théâtre la Potinière, entre le 7 juillet 1919 à l'hôpital Lariboisière pour être opéré.

Son histoire est la suivante : à l'âge de 18 ans, le malade qui, auparavant, n'urinait que difficilement, est pris de rétention complète. Il va à Necker consulter M. Guyon qui, après examens multiples conclut à du prostatisme sans prostate.

A l'âge de 21 ans, ayant été pris bon pour le service, il est comme soldat hospitalisé au Val de Grâce. M. le Docteur Robert, après examen, conclut à la nécessité d'une intervention, à laquelle il convie M. Guyon. L'opération consiste en une taille qui permet une exploration complète de la vessie et confirme le diagnostic porté antérieurement de prostatisme sans prostate. Le malade est réformé et il continue à se sonder.

Je vois le malade pour la première fois fin juillet 1919 ; il vient vers moi envoyé par un ami que j'ai opéré et qui lui a dit monts et merveilles de la prostatectomie. Après examen, je conclus qu'il s'agissait, en effet, d'un prostatique sans prostate, mais chez qui la suppression du col devait amener le retour de la miction, sons système nerveux étant absolument intact et rien du côté de ses reins ni de sa vessie ne pouvant expliquer cette rétention durant depuis trente ans.

J'opérais le malade le 9 juillet. J'enlevais difficilement le col vésical avec des fragments de la glande prostatique.

Les suites opératoires furent normales et le malade était guéri le 14 août.

A partir du moment où la fermeture de la vessie fut obtenue, le malade urina parfaitement et complètement sans garder le moindre résidu.

Depuis 1919, j'ai revu à plusieurs reprises le malade ; il continue à uriner comme s'il n'avait jamais rien eu.

L'examen microscopique de la pièce ne fit pas constater autre chose que du tissu musculaire avec à la périphérie quelques débris de glande normale.

OBSERVATION III

Observation du Docteur Michel ABOUNADER

Docteur Michel Abounader, né à Beyrouth, en 1889 (âgé de 37 ans) jouissant d'une santé excellente. Pas d'antécédents héréditaires ou acquis, pas de syphilis, pas de blennorrhagie, pas d'alcoolisme, pas d'affection nerveuse médullaire, radiculaire ou sympathique, pas de neurasthénie.

Première période : Depuis l'âge de sept ans (1896) j'ai toujours éprouvé une gêne à la miction (surtout au début) caractérisée par des efforts pénibles qui s'atténuaient à mesure que la vessie se vidait. Le jet d'urine dans cet intervalle était polymorphe (tantôt bifurqué ou fin ou gros).

A l'âge de 16 ans, à cette dysurie s'est ajoutée une pollakiurie nocturne qui devient diurne à l'âge de vingt ans.

Donc dysurie bientôt suivie de pollakiurie nocturne, puis diurne.

Deuxième période : Etat stationnaire jusqu'en 1918 où un nouveau symptôme est venu se surajouter; incontinence d'urine.

L'incontinence a commencé par être post-mictionnelle pour devenir nocturne, puis diurne et se faisait par gorgées et non par goutte à goutte, et tout ceci sans aucune douleur.

Troisième Période : En novembre 1925, apparition d'une cystite aiguë, caractérisée par la triade symptomatique, bientôt suivie d'une rétention d'urine qui devenait plus complète à mesure que les symptômes de la cystite disparaissaient.

Depuis janvier 1926 jusqu'au 26 mai, rétention complète, pas de calculose ni de tuberculose dans l'arbre urinaire. Devant l'incertitude du diagnostic et de l'inefficacité du traitement, je me rends à Paris.

Le Docteur Mation, consulté, affirme qu'il s'agit d'une hypertrophie du col vésical d'ordre congénital; diagnostic confirmé du reste par l'opération.

Le 26 mai, le Docteur Marion m'enlève le col; le 10 juin, cicatrisation de la plaie vésicale et mictions faciles nor-

males sans incontinence; c'est à partir de cette date que j'ai pu comprendre comment les hommes pissent !

Paris, le 14 juin 1926.

Maison de Santé des Frères de Saint-Jean-de-Dieu.

Docteur Michel ABOUNADER.

A l'opération, la vessie présentait une épaisseur de la paroi musculaire absolument normale; d'autre part, l'examen histologique de la pièce montra purement et simplement du tissu musculaire.

OBSERVATION IV

M. C..., 46 ans, vient me trouver en mai 1926, porteur d'une cystostomie pratiquée à Lyon, par le Docteur Gauthier.

Depuis plusieurs années, M. C... est atteint de troubles considérables de la miction qui ont abouti progressivement à une impossibilité presque absolue d'émettre de l'urine. Il en est arrivé à la nécessité de se sonder plusieurs fois par jour. Naturellement, le malade s'est infecté et les urines sont très troubles.

M. Gauthier le voit en juillet 1925 et, après examen, reconnaît l'existence d'un grand diverticule vésical droit. A lui seul, ce diverticule pouvait expliquer la rétention. Cependant, M. Gauthier pense à de la contracture du col et pour juger la question, pratique des dilatations aux Béniqués et

au Kollmann. Mais comme il n'obtient aucune amélioration, il écarte le diagnostic de contracture du col et admet l'influence du diverticule. Aussi, M. Gauthier, très logiquement conseille l'ablation de ce diverticule, qu'il pratique par voie latérale après ouverture de la vessie. L'opération fut difficile, mais complète. Lorsque la plaie fut complètement cicatrisée et la vessie fermée, il fut évident que le malade n'urina pas plus facilement qu'avant bien que l'importance du résidu fut sensiblement diminué. Le Docteur Gauthier pratique alors une réouverture de la vessie, afin d'éviter au malade les ennuis du sondage.

Le malade m'arrivait donc dans ces conditions avec une cystostomie, des urines encore infectées. Je pensais qu'il devait s'agir d'une hypertrophie du col et j'en conseille l'ablation. Mais auparavant, étant donnée l'infection vésicale, je pratiquais une série d'injections d'autovaccin et des lavages répétés de la vessie.

Je pratiquais l'opération le 10 juin, à la Maison de Santé des Frères de Saint-Jean-de-Dieu. J'enlevais, non sans difficulté, le col par fragments plutôt que d'une façon bien correcte. Tamponnement, drainage sus-pubien.

Les suites furent plus simples que je ne le pensais et si la fermeture de la cystostomie, déjà ancienne, fut longue à obtenir — six semaines — le résultat fonctionnel fut excellent et, aussitôt que la vessie se trouva fermée, le malade put uriner de la façon la plus complète, la vessie se vidant jus-

qu'à la dernière goutte. En même temps, des lavages avaient éclairci les urines, et le malade fin juillet, pouvait retourner à Lyon complètement guéri.

OBSERVATION V

Un nouveau cas « d'hypertrophie congénitale du col vésical » par MM. Marion et Chevassu.

Observation remise par le malade lui-même :

M. J. L..., 55 ans.

Il m'est impossible de préciser à quel moment ont commencé les phénomènes qui ont abouti à la rétention d'urine constatée au début de mars 1927. Il me semble cependant qu'à une époque qui peut remonter à 25 ans environ, j'urinais avec une certaine lenteur, mais sans difficulté; le nombre de mictions pendant le jour était normal et aucune miction ne se produisait la nuit sauf en périodes de chaleur et au cas d'absorption d'eau minérale, comme l'eau d'Evian, et de Champagne.

Le premier incident dont je garde le souvenir remonte à juillet 1912, alors que je souffrais d'un rhume des foin, dont je suis atteint annuellement depuis 1895. Etant à ce moment à Berne pour des occupations professionnelles, je dus revenir à Paris en raison de la mission dont j'avais été chargé. Ayant repris le train pour Berne à 10 heures $\frac{1}{2}$ du soir, j'eus dans la nuit quinze ou seize mictions chacune d'elles com-

portant quelques gouttes ; le phénomène disparut dès le lendemain et je l'attribuais alors à un refroidissement, il ne se reproduisit pas quoique, pendant quinze jours environ, je prisse de la bière comme boisson.

De 1912 à 1915, je ne ressentis aucun malaise ; toutefois, il me semble que de temps à autre, j'eus, dès cette époque, à faire un effort pour uriner.

En 1915, étant mobilisé au 21^e Corps, à la suite d'une poussée d'hémorroïdes, je constatais à nouveau l'existence de plusieurs mictions nocturnes (3 ou 4) ; venu en permission, je consultais le Docteur Marion qui attribua mes malaises à une congestion ano-prostatique, suite de légère entéro-colite, et me prescrivit des grands bains chauds et des lavements (laudanum, antipyrine) et des suppositoires (belladone, jusquiame) : en quelques jours je fus soulagé.

Depuis ce moment, il me semble qu'il se produisit une certaine relation entre l'état de mes hémorroïdes et l'état de ma vessie ; chaque fois qu'une poussée hémorroïdale se produisait, quelquefois avec légère perte de sang, je ressentais une difficulté incontestable à uriner et c'est alors, autant que je peux m'en souvenir, que se manifesta d'une manière plus nette la nécessité de faire un effort au début de la miction sans que cet effort eut à se continuer.

De 1920 environ à 1924, la situation demeura sensiblement la même avec cette précision que l'effort nécessaire au début de la miction devait parfois se continuer pendant toute

la miction. C'est pendant la même période que je fus atteint de 1920 à 1922 d'érysipèle à répétitions dont trois furent très violents et au cours desquels, ayant une fièvre assez forte, j'éprouvais une grande difficulté à uriner comme, du reste, dans toutes mes indispositions fébriles (grippe, etc...).

C'est à partir de 1924 que mon état s'aggrava. Aux vacances de Pâques de cette année, j'eus une poussée d'hémorroides assez forte; le nombre des mictions diurnes n'augmenta pas, mais j'eus deux ou trois mictions nocturnes. L'application de compresses humides sur la vessie pendant la nuit me procura un soulagement indéniable.

Je vis alors pour la deuxième fois le Docteur Marion qui ne put que constater comme en 1915, que ma prostate était normale ainsi que mon canal; il me conseilla alors de prendre de l'iodalose pendant dix jours par mois et d'uriner dans la position qui me rendrait la miction la plus facile. A partir de ce moment et jusqu'en décembre 1926, j'urinais assis, à la fois parce qu'il m'avait semblé que c'était ainsi que j'urinais avec le moins de difficulté et parce que l'effort que je devais faire au début et pendant la miction et qui devint de plus en plus grand par la suite (douleurs dans la partie lombaire) entraînait pour ainsi dire à chaque miction, l'évacuation de matières.

Dans la deuxième quinzaine 1926 et pendant les mois de janvier et février 1927, la situation demeura la même, quatre mictions diurnes, aucune miction nocturne. Mais, me

sentant extrêmement fatigué, je consultais mon médecin qui m'ordonna un traitement diurétique; l'urine fut plus abondante et la miction peut-être un peu plus facile après l'effort initial. Toutefois, je ressentis pendant cette période des douleurs dans le ventre que je ne pus localiser d'une façon certaine, mais qui devaient, me semble-t-il aujourd'hui intéresser certainement ma vessie.

Le 28 février, me trouvant à la campagne, je fus pris, vers 5 heures du matin, d'une très forte envie d'uriner; à la suite de la miction, je ressentis une douleur très violente dans le rein gauche que j'attribuais à une colique néphrétique; la crise ayant duré près d'une heure et demie et mon pouls étant tombé à 38 pulsations, je fis appeler le médecin du Theil; il assista à une seconde crise qui eut lieu dans la matinée et, tout en admettant l'hypothèse d'une crise néphrétique, il me conseilla de me faire radiographier. J'eus encore deux crises, l'une dans l'après-midi, l'autre dans la soirée et j'eus deux demi-piqûres de morphine dans les vingt-quatre heures.

Les mictions furent très rares et très peu abondantes. A la fin de la nuit suivante et sensiblement vingt-quatre heures après le début de ma crise, j'eus une miction très abondante à la suite de laquelle la douleur disparut. Je me reposais le mardi, journée pendant laquelle j'urinais avec une certaine difficulté, mais en quantité normale. Je revins le mercredi à Paris et je ne pus uriner dans la nuit de mer-

credi au jeudi qu'avec un extrême effort. Le jeudi matin, au moment où mon médecin vint me voir la fonction était complètement arrêtée.

C'est alors que je demandais au Docteur Chevassu de venir me voir : il me sonda et retira environ 1.400 grammes d'urine de ma vessie.

Voici maintenant la note qui a été remise par M. Chevassu : Je vois M. L... le 6 mars 1927, à 10 heures du matin. Il ne peut plus uriner depuis le milieu de la nuit. Il s'inquiète plus qu'il ne souffre. Seule la région lombaire gauche est sensible, sans que le rein soit perceptible.

Il existe un globe vésical appréciable. Le toucher rectal est un peu délicat, du fait d'un bourrelet hémorroïdaire assez étendu. La prostate ne paraît pas augmentée de volume.

Une sonde en gomme n° 16 béquille pénètre dans la vessie sans rencontrer d'obstacle appréciable. La traversée prostatique n'est pas longue. On retire lentement environ 1.400 grammes d'urine limpide, quantité très supérieure à ce qu'on aurait pu attendre d'une vessie aussi peu douloureuse. L'évacuation de la vessie fait disparaître l'endolorissement de la région lombaire gauche.

Malgré une médication antispasmodique énergique, des compresses chaudes sur l'hypogastre, des lavements chauds, des bains de siège froids, la miction normale n'a plus reparu. Tout au plus, M. L... arrivait-il à émettre péniblement de petits jets, de quoi remplir à peine un demi verre à liqueur. Dès que l'urine s'accumulait dans la vessie, il recommençait

à souffrir, non pas de la région vésicale, mais de la région rénale gauche.

Des radiographies de l'appareil urinaire ne décèlent aucun calcul. Le rein gauche, non abaissé, est peut-être un peu plus gros que le rein droit. Une cystographie ne montre ni reflux urétéral, ni diverticule. La vessie a une forme en poire à queue supérieure selon le type infantile. Sur son pourtour, se détachent les encoches caractéristiques d'une vessie à colonnes. Pas de saillie anormale au niveau de la prostate.

La cystographie fut suivie d'une crise de contracture intense de la musculature sphinctérienne. Lorsque je voulus vider la vessie du collargol à 10 % qu'elle contenait, il me fut impossible de pénétrer avec la béquille qui servait habituellement au sondage. La sonde montée sur un mandrin ne pénétra pas davantage. Si je n'avais pas eu la notion précise de mes sondages antérieurs, je n'aurais jamais osé enfoncer mon mandrin avec l'énergie que je dus finalement y mettre pour vaincre, après quelques minutes d'attente, un spasme comme je n'ai pas le souvenir d'en avoir jamais rencontré.

Par la suite, il m'est arrivé deux fois de voir, à la fin du sondage, la béquille 16, qui avait pénétré facilement, tellement serrée que je devais faire un réel effort d'arrachement pour la sortir de la vessie.

Dans l'examen général du sujet, qui fut fait avec soin par mon collègue Fiessinger, rien à noter en dehors d'une

exagération considérable du réflexe rotulien allant presque jusqu'à la trépidation épileptoïde. Pas d'Argyll. Wassermann négatif. Tension artérielle au Vaquez : 16-10. L'ézotémie, à 0 gr. 58 d'abord est tombé à 0 gr. 32 sous l'influence de la sonde à demeure.

En présence de cet aspect clinique très spécial, je priais mon collègue Marion, que ses études sur l'extirpation du col vésical indiquaient tout spécialement, de venir voir le malade. M. Marion trouva en lui une histoire analogue à celle des quelques malades dont il avait antérieurement publié l'observation sous la dénomination d'hypertrophie congénitale du col.

La question de l'extirpation du col fut franchement abordée, mais je voulus avoir la certitude absolue de la nécessité de cette intervention et nous décidâmes de laisser la sonde à demeure pendant une dizaine de jours en continuant la médication antispasmodique pour voir si, par hasard, la miction normale ne reviendrait après ce long repos vésical. A l'ablation de la sonde, aucune miction spontanée.

Je tins à pratiquer une dernière exploration pour bien m'assurer qu'il n'existait pas dans l'intérieur de l'urètre une cause appréciable de contracture. Le 21 mars, après anesthésie épidurale, je pratiquai une uréthro-cystoscopie au Mac Carthy. Elle me montra un urètre absolument normal, aux quelques lésions d'œdèmes près, que provoque toute sonde à demeure. Pas de déformation du col vésical ; il est sans sail-

lie en arrière, et n'a qu'une commissure antérieure très modérée. Pas de gouttière urétrale postérieure. Veru montanum normal, avec ses deux offices éjaculateurs en œil de scaphandrier et une fente médiane d'utricule très nette. Cependant pas de console au-dessous du veru, ce qui lui donne un aspect franchement sphéroïde. Rien d'anormal au niveau du sphincter membraneux ni du bulbe.

Dans la vessie, d'abondantes colonnes, les muscles urétéraux sont normaux. Les orifices urétéraux bien visibles ne sont pas dilatés. Pas d'orifice diverticulaire.

Toute cause de contracture d'origine intra-urétrale étant éliminée, les causes plus lointaines s'étant elles-mêmes atténuées sans modifier l'état vésical : les hémorroïdes s'étaient calmées, les réflexes s'étaient atténués, il n'y avait plus d'autre ressource pour faire disparaître la rétention que d'agir directement sur le col vésical.

Pour des raisons toutes personnelles, je tenais à ne pas opérer le malade moi-même. Il fut confié à mon collègue Marion.

Appelé par M. Chevassu à voir M. L..., je ne pus comme lui que penser à l'affection que j'avais décrite sous le nom d'hypertrophie congénitale du col vésical : je proposai nettement la résection de ce col.

L'opération fut pratiquée à la Maison de Santé des Frères de Saint-Jean-de-Dieu, le 24 mars de cette année. J'ouvris largement la vessie comme je le fais dans ces cas, j'in-

cisai la vessie sur le pourtour du col vésical au bistouri, à un centimètre et demi du col et en pénétrant à une profondeur de un à deux centimètres, puis dans le sillon ainsi tracé je fis pénétrer le doigt et sans difficulté pus extraire le col vésical sous forme d'un petit cylindre musculeux, au centre duquel se trouvait l'urètre, petit cylindre que je remis à M. Chevassu pour examen. Ce cylindre avait environ deux centimètres de longueur sur un centimètre et demi d'épaisseur. Au cours de cette opération, deux particularités étaient à noter : 1° L'épaisseur considérable des parois vésicales; celles-ci avaient au moins deux centimètres d'épaisseur, fait que j'ai noté chez un autre malade, le Docteur Abounader, dont j'ai publié l'observation dans ma communication; 2° lorsqu'on considère le col vésical vu par en haut, on s'aperçoit que son pourtour forme sous la muqueuse vésical une saillie extrêmement nette, véritable bourrelet circulaire encadrant l'orifice de l'urètre.*

Les suites opératoires furent très simples, et vingt-cinq jours après l'opération le malade, ayant fermé sa vessie, urinait comme il n'avait pas uriné depuis des années. Depuis qu'il est sorti de la Maison de Santé, ce résultat continué et le malade récemment encore m'écrivait une lettre de remerciements conçue dans les termes les plus chaleureux pour lui avoir rendu la possibilité d'uriner et d'uriner de telle façon qu'il ne l'avait jamais fait depuis fort longtemps.

OBSERVATION VI

J'opérais encore le 1^{er} décembre à la Maison de Santé des Frères de Saint-Jean-de-Dieu, un jeune homme de 33 ans, qui depuis plusieurs années présentait de la dysurie.

Dans ces temps derniers, la dysurie avait acquis une telle intensité que le malade était obligé de se sonder plusieurs fois par jour : les urines étaient devenues extrêmement pyuriques. Vu par plusieurs urologues, aucun n'avait émis d'hypothèse valable pour expliquer cette rétention.

Le malade me fut présenté par le Docteur Larger de Maison-Laffitte.

A la cystoscopie, je pus constater qu'il existait d'une part un diverticule à droite et une hypertrophie manifeste du col caractérisée par un véritable bourrelet postérieur, ne ressemblant du reste en rien à une saillie de l'hypertrophie de la prostate.

J'opérais donc le malade et chez lui, comme tous les autres je constatais ce que je vous disais tout à l'heure, c'est-à-dire une hypertrophie considérable de la paroi vésicale en même temps qu'une saillie circulaire plus prononcée en arrière autour du col vésical. J'enlevais un diverticule du volume d'un gros citron, situé à droite et au-dessous de la vessie, ce diverticule, par bonheur, n'avait aucune connexion avec l'uretère du même côté. Je supprimai ensuite le col suivant la technique habituelle,

Actuellement, le malade est en voie de guérison, je ne peux pas vous dire qu'il urine (au 3 décembre, le malade urine parfaitement et vide sa vessie complètement) puisqu'il n'est pas encore guéri, mais je puis affirmer, d'après mon expérience de ces cas que le malade urinera parfaitement.

OBSERVATION VII (*Résumé*)

(*Observation du Docteur VAN STRAELEN, Anvers*)

Il s'agit d'un malade envoyé en 1924, par le Docteur Van Straelen parce que sa vessie ne se vidait pas. La rétention d'urine était survenue en 1922; le malade avait subi une cystostomie et on avait reconnu un diverticule auquel on ne s'était pas attaqué et afin de supprimer ce diverticule, il me fut envoyé en 1924.

A la suite de l'opération du diverticule, le malade avait continué à ne pas uriner et j'avais dû lui remettre en état sa cystostomie. Je conseillais au Docteur Van Straelen de supprimer au malade le col vésical, l'ablation du diverticule n'ayant donné aucun résultat. La résection du col au bistouri fut pratiquée le 5 octobre. Tout se passe sans incident et sans élévation de température et le 30 octobre M. S... put quitter la clinique, sa vessie complètement fermée depuis plusieurs jours et urinant spontanément sans laisser d'urine résiduelle dans sa vessie. Le malade fit des lavages de nitrate d'argent et actuellement les urines ne sont plus malodorantes, ni pu-

rulentes mais simplement louches. Il reprendra bientôt ses occupations.

OBSERVATION VIII

M. L..., 51 ans, entre à Lariboisière le 3 novembre 1926 pour pyurie extrêmement marquée et pour pollakiurie (miction toutes les heures aussi bien la nuit que le jour). A chaque miction, douleur très vive et épreinte. Tous ces troubles étaient apparus progressivement deux ans auparavant dans le courant de 1924. En mai 1925, urétrotomie interne, en ville, qui n'amène aucune amélioration.

En mai 1926, à Beaujon, le Docteur Michon pratique une cystoscopie et découvre au dire du malade, un diverticule vésical. A son entrée à Lariboisière en novembre 1925, l'examen démontre un urètre parfaitement perméable, une prostate normale, un résidu vésical de 700 grammes. Un lavage de la vessie, aussi prolongé soit-il, ne permet pas d'éclaircir complètement les urines. La cystoscopie montre un diverticule dont l'orifice est situé sur la face latérale droite de la vessie, à proximité de l'uretère droit. Une cystographie pratiquée confirme l'existence d'un grand diverticule.

Je considère donc que c'est au diverticule que l'on doit la rétention d'urine et l'infection dont la vessie est le siège.

Opération le 13 novembre 1926 : taille sus-pubienne, découverte du diverticule de la dimension d'un gros poing, la-

téro et sous-vésical à la fois et qui s'étale sous la vessie à quelques millimètres seulement de l'orifice urétéral.

Ce diverticule peut être enlevé complètement sans trop de difficultés. Les suites opératoires sont assez simples et comme l'orifice de cystostomie tarde à se fermer spontanément, il est suturé le 12 janvier 1927. Le malade à ce moment-là urine par ce canal toutes les trois ou quatre heures, mais avec difficulté.

Dans les premiers jours de février 1927, la vessie se rouvre. On obtient la fermeture en laissant pendant quelques jours une sonde à demeure dans le canal. De février à octobre 1927, la miction ne s'est pas améliorée; le malade urine toujours avec grande difficulté. Il garde dans sa vessie un résidu de 300-400 ou 500 grammes d'urine et la vessie se rouvre six fois pendant cette période.

J'avais exposé au malade à la suite de cet échec partiel que vraisemblablement il faudrait lui supprimer le col vésical pour obtenir un résultat parfait. Le malade l'accepta.

Cette suppression fut effectuée le 15 octobre 1927 par voie transvésicale à vessie ouverte. Le 19 novembre 1927, fermeture et suture de l'orifice de cystostomie qui tardait à se cicatriser.

Le malade est guéri complètement le 3 décembre et à ce moment-là il urine tout à fait normalement et vide sa vessie jusqu'à la dernière goutte.

II. - Maladies acquises du col vésical

Phase de la maladie prostatique

(Théorie de M. le Professeur LEGUEU)

Sans nier la nature congénitale de cette maladie dans certains cas, M. le Professeur Legueu considère l'hypertrophie du col dite congénitale, comme un stade de la maladie prostatique, qui a ses signes à un âge beaucoup plus précoce qu'on ne le croit en général et, « beaucoup plus précoce que ne le permettraient de le penser les accidents tardifs d'adénome que nous avons à combattre ».

Si comme le pense M. le Professeur Marion, la maladie était d'origine congénitale, elle aurait un caractère particulier.

Mais M. le Professeur Legueu chez ses malades ne rencontre pas une hypertrophie seulement musculaire, mais une hypertrophie totale du col vésical, avec une prédominance glandulaire, fibreuse ou musculaire, suivant les cas, ce qui lui fait rattacher cette maladie à la maladie prostatique dont elle lui paraît être « le premier stade, la plus simple expression. »

L'examen par M. le Professeur Legueu d'un grand nom-

bre d'adénomes, lui a permis de saisir toute une série d'éléments de transition allant du petit adénome à l'hypertrophie sans adénome.

« On trouve, en effet, sur cette pente dégressive et pour ainsi dire de haut en bas, les éléments suivants dans la série des petits adénomes :

« a) Petit adénome saillant de quelques grammes ;

« b) Au-dessous, le petit adénome inclus dans le col, sans saillir mais énucléable encore et reconnaissable à l'œil nu ;

« c) Au-dessous encore, l'adénome seulement histologique, adénome pour ainsi dire en puissance ;

« d) Enfin l'hypertrophie glandulaire seule, associée, en général à l'hypertrophie musculaire et fibreuse ».

Et c'est ce qui fait envisager la maladie prostatique comme une hypertrophie de tous les éléments constituant du col. Suivant que l'hypertrophie est glandulaire, musculaire ou fibreuse, les troubles seront moins accentués dans la première, plus accusés et surtout plus précoces dans les autres.

Il insiste encore sur la fréquence au milieu de ces hypertrophies cervicales de lésions d'infection, qui lui paraissent secondaires et consécutives : infiltration leucocytaire, périacineuse, état corné de l'épithélium muqueux.

Voici maintenant les observations sur lesquelles M. le Professeur Legueu appuie sa théorie :

OBSERVATION I

Un homme, âgé de 46 ans, m'est envoyé en janvier 1919 par Noguès, en rétention complète depuis plusieurs années.

A 26 ans, il avait commencé déjà à présenter des troubles de l'appareil urinaire à l'occasion d'une blennorragie; il présenta de la fréquence des mictions, des douleurs dans le canal, des urines troubles et nettement purulentes; de temps en temps, il urinait du sang.

A l'âge de 35 ans, le malade constata un jour qu'il ne pouvait plus uriner : de petits graviers provenant de sa vessie furent interprétés comme la cause d'une rétention qui ne fut d'ailleurs que passagère; les graviers disparurent, la rétention s'améliora, mais les douleurs persistèrent.

A ce moment, la vessie du malade contenait un résidu de deux à trois verres à Bordeaux; la cystoscopie montrait dans le bas-fond un calcul de moyen volume et de nature phosphatique.

En janvier 1909, Noguès fait à ce malade une lithotritie, le malade guérit, mais le résidu augmenta progressivement et, au bout de très peu de temps, le malade entra en rétention complète; il lui fallut se sonder plusieurs fois par jour.

Noguès pratiqua à ce moment-là une nouvelle cystoscopie. Il constata sur la muqueuse vésicale des lésions œdémateuses, qu'il considéra comme d'origine spécifique. On fit

alors deux Wassermann successifs qui donnèrent un résultat négatif; par ailleurs le toucher rectal montrait une prostate de très petit volume.

Le malade continua donc à rester en rétention complète et c'est dans ces conditions que M. Noguès se décida à me le montrer en janvier 1919.

Rétentionniste complet, ce malade ne présentait aucune tuméfaction au toucher rectal, la prostate était de très petite dimension; ni par cystoscopie, ni par urétroscopie, il n'était possible de trouver une saillie quelconque dans le col cervical.

Fort de plusieurs observations analogues, je me décidais cependant à l'opérer et, le 22 janvier 1919, je lui faisais l'ablation du col.

Je trouvai un col fermé et sans saillie; je déchirai la muqueuse à gauche et à droite de la ligne médiane et extirpai le segment postérieur du col.

Les suites de l'opération furent favorables et lorsque le malade quittait l'hôpital, un mois après, il vidait complètement sa vessie et ne conservait aucun résidu.

L'examen histologique ne montre que les éléments du col vésical, c'est-à-dire des fibres musculaires, dont le tissu interfasciculaire paraît œdémateux; des glandes prostatiques, dont quelques-unes sont entourées d'une couronne lymphocitaire attestent un léger degré d'infection.

En un point, on trouve une hypertrophie glandulaire non encapsulée et située en dehors du col vésical.

En somme, dans ce cas, il y avait seulement une hypertrophie du col portant sur les éléments musculaires et glandulaires.

OBSERVATION II

Voici un autre malade de 50 ans, qui vient d'Amérique et retourne au Liban. Il est rétentionniste complet depuis trois ans, à la suite d'une blennorragie. Il se sonde tous les jours quatre fois; son urètre postérieur est très dur; il n'a pas eu d'hématurie. A la cystoscopie, la vessie montre des colonnes, et à l'urétroscopie on ne trouve rien dans son urètre, aucune déformation, aucune saillie.

Le 7 novembre 1925, résection chirurgicale du col vésical, et, au bout de quinze jours, il vide complètement sa vessie, et n'a plus depuis lors présenté de rétention.

A l'examen histologique, la couche musculeuse est très notablement scléreuse; la sclérose forme des nappes fibreuses isolant des paquets plus ou moins volumineux de fibres musculaires. Sur la couche musculaire, une couche muqueuse montre dans la profondeur de petits îlots d'éléments infectieux et à la surface un épithélium fragmenté, corné, reposant sur des parties pour la plupart fibreuses.

OBSERVATION III

Un malade, M. A..., 55 ans, se plaint depuis un an de pollakiurie diurne et nocturne. En rétention complète depuis quinze jours, il entre à l'hôpital; la vessie est distendue, la prostate paraît très petite au toucher, mais l'examen cystoscopique n'est pas fait. On fait d'abord une cystostomie et la prostatectomie n'est faite que dans un second temps.

Le poids du tissu enlevé est de quatre grammes. Le malade guérit complètement, quitte le service en vidant parfaitement sa vessie. Tous les phénomènes de dysurie ont disparu.

Et l'examen histologique, fait par Verliac, montre un premier fragment formé en majeure partie de stroma fibromusculaire. Dans cette masse, on peut distinguer trois lobules adénomateux, l'un d'eux est kystique, l'autre est fibreux, le troisième est glandulaire, un peu hypertrophique. Ces lésions sont disséminées et peu étendues. Des plaques d'infiltration ne sont ni particulièrement péri-glandulaires, ni péri-vasculaires.

L'autre fragment contient dans un stroma très musculaire et peu fibreux quelques amas de glandes hypertrophiées mais généralement non kystiques. Il y a autour de plusieurs glandes une abondante infiltration, quelques vaisseaux musculaires paraissant atteints d'endartérite.

En résumé, petits adénomes microscopiques.

OBSERVATION IV

Un homme de 70 ans, H... se sonde depuis six mois pour une rétention incomplète de 300 grammes. La prostate n'est pas augmentée de volume, et à l'examen cystoscopique on voit un tout petit lobule muqueux, saillant sur la lèvre inférieure du col. A l'opération, je trouve dix grammes de tissu dur autour d'un urètre très fermé.

A la suite de l'opération, le malade vide complètement sa vessie et voit disparaître totalement les symptômes de polakiurie et de dysurie.

La majeure partie de la coupe est formée de fibres musculaires du col et de la vessie avec très peu de tissu fibreux. Entre ces fibres musculaires, on voit de petits îlots d'adénome prostatique absolument caractéristiques.

En dehors de ces îlots, un certain nombre de cul-de-sacs glandulaires s'insinuent entre les fibres musculaires, mais sans présenter aucun caractère néoplasique.

Il existe un certain degré d'infection attestée par la présence d'amas de cellules rondes au voisinage de certains cul-de-sacs glandulaires, au milieu des fibres musculaires, surtout près de la muqueuse.

Il semble donc bien qu'il s'agisse d'un petit adénome infiltré pour ainsi dire dans le tissu musculaire; or, ce malade avait depuis quatre ans des difficultés de miction, et telles qu'il en avait parfois des sueurs froides. Mallet l'avait vu;

Guiare l'avait observé pour une paresse de la vessie, car parfois il n'urinait que 40 et 50 grammes et souvent ne pouvait même pas y parvenir; il devait y revenir à plusieurs reprises.

Actuellement, ce malade urine en une fois tout le contenu de sa vessie, avec un jet puissant, qu'il n'avait jamais connu. Il urine le jour avec une grande facilité; il a des mictions de 200 à 300 grammes et, depuis trente ans, ne s'est jamais trouvé dans l'état actuel.

OBSERVATION V

Voici encore un autre malade, Z..., 45 ans, et qui vient à l'hôpital en rétention complète depuis trois mois. Depuis longtemps ce malade souffrait de dysurie et de pollakiurie diurne.

La prostate n'était pas augmentée de volume; la cystoscopie ne donnait rien, aucune saillie au niveau du col.

A l'ouverture de la vessie, je ne trouve rien, ni dans la vessie, ni dans l'urètre : à peine un petit lobule sur la partie postérieure du col. En déchirant l'urètre, je parviens à enlever péniblement trois grammes de tissu cervical très dur et très difficile à arracher. Je ne trouve à l'examen histologique dans le tissu enlevé aucun adénome et l'examen histologique révèle simplement l'hypertrophie fibro-musculaire et, à la suite de cette opération, ce malade vide sa vessie com-

plètement, et tous les troubles de la dysurie qu'il présentait avant ont disparu.

Et ce malade qui, depuis vingt ans, avait des difficultés d'uriner et urinait très lentement, met actuellement quelques secondes à faire ce qu'il faisait autrefois en dix minutes.

OBSERVATION VI

Rétention chronique avec distension. Résection du col. Guérison. A l'examen histologique : hyperplasie glandulaire sans inflammation (Observation de MM. Legueu et Flandin).

Chass... (Gaston), 27 ans, entre salle Velpeau, le 25 avril 1928, pour dysurie et pollakiurie.

A l'examen, tableau classique d'une rétention incomplète avec grande distension. La vessie, aisément palpable, dépasse l'ombilic.

Les mictions sont fréquentes; pollakiurie nocturne et diurne sans incontinence, elles sont difficiles (la dysurie est nette), elles sont légèrement douloureuses, sensation de brûlure post-mictionnelle.

Quantité d'urine en 24 heures : 1 litre $\frac{1}{2}$.

Les urines sont claires, la température normale. Très bon état général, sujet vigoureux, fort en couleur.

Le canal est libre; il admet facilement un explorateur n° 23. Les reins non perceptibles; les testicules normaux.

Au toucher rectal : petite prostate de forme et de consistance normales.

Les réflexes cutanés et tendineux sont bons ; pas de signe d'Argyll-Robertson.

Les troubles urinaires, qui ont motivé l'entrée à l'hôpital de M. Chass... remontent à un an et demi environ ; les troubles mictionnels se sont installés sans bruit et s'accroissent progressivement.

Dans l'interrogatoire, on ne relève rien, pas de syphilis, pas de blennorragie, pas d'hématurie, pas de crises de coliques néphrétiques antécédentes. Ce malade est envoyé en consultation dans le service du Professeur Sicard.

La radiographie du système urinaire et de la colonne lombo-sacrée, la cystoradioscopie et l'urétroscopie postérieure sont absolument négatives.

Voici les conclusions du Docteur Hagueneau, assistant du Professeur Sicard : « Ce malade ne présente rien d'anormal au point de vue du système nerveux ».

Le Professeur Legueu décide d'intervenir. Le 9 mai 1928, taille hypogastrique, exposition large du col et du bas-fond.

Orifice cervical normal ; mais immédiatement en arrière de sa marge postérieure on note une petite saillie irrégulière, molle, du volume d'un petit pois et pédiculisée.

Ablation de la saillie anormale et résection du col au bistouri. Fermeture incomplète de la vessie sur un drain hy-

pogastrique après avoir tassé une mèche dans le col évidé. Suites opératoires normales; ablation de la mèche le troisième jour.

Le 1^{er} juin, la vessie est fermée, mictions normales sans résidu. La guérison s'est maintenue et le malade vidait complètement sa vessie au départ.

Examen histologique (Docteur Verliac).

Les trois fragments sont constitués de la même façon : une couche épithéliale vésicale normale, reposant par une basale sur une couche conjonctive puis, une masse musculo-conjonctive, surtout musculaire, dont les faisceaux sont coupés sous des angles variés; à travers cette couche venant de l'épithélium, passent des canaux glandulaires dont les lobes sont surtout développés dans la profondeur de la coupe et figurent des glandes dilatées, ni adénomateuses, ni cancéreuses.

Ces glandes, presque toutes kystiques, s'apparentent aux glandes prostatiques par leur revêtement épithéliale cylindrique; mais cette épithélium un peu variable d'une glande à l'autre est tantôt cubique, tantôt cylindrique ou à l'aspect des glandes prostatiques anormales sans inflammation ni tendance néo-formative; autour des glandes aucune altération inflammatoire pernicieuse.

Conclusions : col urétral dans lequel sont développées des glandes sous-urétrales d'aspect normal, qui ne sont ni adénomateuses ni cancéreuses, et qui ne présentent aucune altération inflammatoire.

III - Maladies du col acquises consécutives à des rétrécissements de l'urètre

(Théorie du Dr Marc PAPIN)

A la suite de l'observation que M. le Professeur Legueu a rapportée à la séance du 27 décembre 1928 ainsi que des six observations que M. Marc Papin présenta à la Société française d'Urologie, on remarque que non seulement tous ces sujets étaient porteurs d'un col malade, mais qu'ils présentaient aussi des rétrécissements multiples de l'urètre.

Tous ces malades avaient uriné normalement et ce n'est qu'à la suite de leur blennorragie et des rétrécissements consécutifs que longtemps après ils commencèrent à faire de la rétention.

Chez les rétrécis, dit M. Paul Delbet, les altérations se produisent lentement et tardivement; « la raison en est que nous n'utilisons pas dans la miction habituelle tout le calibre de l'urètre, que le rétrécissement peut par suite évoluer longtemps sans amener de gêne sensible; *li laisse en tous cas au col sa souplesse.* »

La physiologie de cette rétention a été expliquée par Ducamp, qui, comprimant simplement l'urètre a constaté que

la vessie obligée de lutter contre un obstacle même faible ne se débarrasse que de la partie la plus gênante de son contenu, le tiers, la moitié, parce qu'elle s'épuise avant d'avoir achevé l'évacuation totale. Ainsi se produit la stagnation qui entraînera ensuite des lésions musculaires.

Mais la stagnation fait le lit à l'infection et, nous nous demandons si cette infection de l'urine en rétention ne serait pas la cause de la sclérose du col, qui perd sa souplesse et accentue l'obstacle à la miction.

D'ailleurs, M. le Professeur Legueu trouve également presque toujours au niveau de ces hypertrophies cervicales des lésions d'infection, mais il les croit secondaires à la sclérose.

Notre théorie diffère un peu de la sienne en ce sens que nous croyons que l'infection du col est primitive et que c'est elle qui amène la sclérose.

Ces lésions ont alors comme conséquence la rétention chronique; elle est d'abord incomplète: le malade urine, mais garde dans sa vessie un résidu urinaire, car la grande sangle musculaire ne soulève plus le fond, et les parois de la vessie n'arrivent plus en contact. Le résidu d'abord peu important 50 à 80 cc. augmente progressivement et peut atteindre et même dépasser la capacité normale de la vessie; et ceci parce que le muscle a perdu la plus grande partie de sa contractibilité et parce que le col s'est sténosé.

Sans vouloir écarter l'origine congénitale pouvant exis-

ter dans certains cas, par exemple, ceux que nous a présentés M. le Professeur Marion, nous pensons ainsi que le démontre l'observation ci-après de M. le Professeur Legueu et celles de M. le Docteur Marc Papin, que la maladie du col vésical est souvent acquise.

C'est le rétrécissement qui par obstacle à la miction entraîne la stase vésicale; c'est la stase qui appelle l'infection et c'est l'infection qui amène la sclérose du col en lui faisant perdre sa souplesse. La sténose du col augmente les difficultés à la miction et produit la rétention qui, d'incomplète au début deviendra complète à la fin.

Voilà pour nous l'évolution pathologique de la maladie du col vésical produite par le rétrécissement de l'urètre.

Voici maintenant quelques observations des malades du Docteur Marc Papin, sur lesquelles nous basons notre interprétation :

OBSERVATION I

M. P..., 50 ans (de Saintes) nous est adressé le 13 juillet 1926 par son médecin traitant. Il est porteur d'une fistule vésico-hypogastrique. Un chirurgien général lui a, en effet, fait subir en février 1925 une cystostomie pour calculs vésicaux.

La vessie n'a jamais pu se fermer.

Nous notons à l'examen des rétrécissements très serrés de l'urètre et nous proposons à notre client de lui faire une urétrotomie interne en même temps que nous fermerions sa vessie.

Nous rendions donc responsable le rétrécissement de la persistance de la fistule.

Il n'y avait pas d'hypertrophie prostatique.

L'opération est donc pratiquée le 21 juillet 1926 et le malade sort de notre clinique, paraissant guéri le 25 août 1926. Il persistait cependant une rougeur diffuse de la région sus-pubienne. Quelques jours après il revient nous voir. La vessie s'est ouverte à nouveau avec tous les symptômes d'un

phlegmon de Retzius. L'urètre est libre et dilaté jusqu'au n° 60. Sonde à demeure pendant dix jours. Fermeture spontanée de la fistule sous l'influence de la sonde.

Quinze jours après, nouveau phlegmon de Retzius et réapparition de la fistule. Radiographie : « pas de corps étranger para-vésical, pas d'ostéite de la symphyse ».

Cystoscopie : le col est légèrement soulevé en saillie à différents endroits, il paraît épaissi. Pas d'adénome prostatique. Nous proposons à notre malade la résection du col vésical, mais il refuse et demande une nouvelle fermeture de la vessie ce que nous pratiquons avec succès le 6 décembre 1926.

Le 10 janvier 1927, le malade à peine sorti de la clinique, revient nous voir, sa vessie venant de s'ouvrir, une fois de plus, à l'hypogastre.

Mêmes constatations cystoscopiques.

Le malade accepte l'opération proposée antérieurement et l'intervention est pratiquée le 11 février 1927 : dilacération du col vésical au doigt.

Suites opératoires : normales. Fermeture de la vessie au vingtième jour.

Depuis ce moment, la vessie est restée fermée, elle ne présente aucun résidu. Le malade est parfaitement guéri et il est revu de temps à autre pour des dilatations de l'urètre.

OBSERVATION II

M. G..., 63 ans, rentré dans notre service à l'hôpital Saint-Louis, le 5 mars 1926 en rétention complète.

A l'examen : rétrécissement très serré de l'urètre. Pas d'hypertrophie prostatique. Urétrotomie interne le 10 mars 1926. Après son opération, le malade ne vide pas complètement sa vessie. Le résidu est de 400 cc. Il rentre chez lui, mais il revient dans notre service le 25 août 1926. Il a eu, en effet, une crise de rétention aiguë. Il s'est sondé lui-même avec une vieille sonde dont l'extrémité s'est rompue dans la vessie.

Le 26 août 1926, extraction par les voies naturelles du bout de la sonde.

Nous décidons devant la persistance de la rétention chronique de pratiquer la résection du col vésical.

Le col est enlevé au bistouri le 10 septembre 1926.

Guérison complète le 10 octobre 1926. Plus de rétention, plus de résidu.

Les dilatations sont pratiquées de temps en temps.

OBSERVATION III

M. B..., 72 ans, est amené à ma clinique en rétention complète par le Docteur Cougard, le 12 novembre 1927. Il avait de l'incontinence depuis trois semaines.

Diagnostic posé : rétrécissement très serré de l'urètre ; pas d'hypertrophie prostatique.

Intervention : l'urétrotomie interne le 13 novembre 1927.

Quatre jours après la sonde à bout coupé est enlevé, mais le malade ne peut évacuer une seule goutte d'urine. Huit jours d'attente avec la sonde à demeure. Complications d'ordre infectieux : abcès urinaire, orchite double, septicémie. Cystostomie pratiquée d'urgence le 25 novembre 1927 pour parer à tous les accidents. A cette intervention, on trouve un col induré sténosé. Le 29 décembre, une nouvelle intervention acceptée par le malade ; dilacération du col au doigt.

Fermeture de la vessie quinze jours après et immédiatement le malade urine.

Pas de résidu vésical. Dilatations de temps en temps.

OBSERVATION IV

M. L..., 48 ans nous est adressé à l'hôpital Saint-Louis. Ne peut uriner après urétrotomie interne faite par un collègue quinze jours auparavant, malgré tous les moyens mis en œuvre. Cystoscopie le 10 janvier 1928 : col très congestionné sans déformation apparente. Résection du col au bistouri le 26 janvier 1928.

Actuellement le malade urine parfaitement. Aucun résidu vésical.

OBSERVATION V

M. B..., 45 ans, menuisier, rentre dans notre service d'Urologie à l'hôpital Saint-Louis, le 1^{er} juin 1928.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : diphtérie à l'âge de 4 ans.

Blennorragie à l'âge de 20 ans. Il a toujours parfaitement bien uriné jusqu'en 1920 où il fut pris d'une rétention d'urine complète. Il fut soigné à l'hôpital de Rochefort où on reconnut des rétrécissements de l'urètre et « on lui passa des sondes et des bougies pendant trois semaines. »

Depuis ce moment-là, le malade pissait parfaitement bien. Brusquement, le 29 mai 1928, il est pris des mêmes douleurs et ne peut uriner à nouveau. C'est alors qu'il est dirigé sur notre service de l'hôpital et que nous constatons une rétention complète (vessie à l'ombilic) en même temps que des rétrécissements très serrés de l'urètre.

Nous pratiquons une urétrotomie interne le 1^{er} juin 1928 dont les suites furent normales.

Trois jours de sonde à demeure, puis nous enlevons la sonde le troisième jour.

Nous nous apercevons alors que le malade garde une rétention chronique de 590 cc. avec urines troubles et fièvre légère.

Pendant huit jours, nous faisons vider chaque soir la vessie et laissons une sonde à demeure la nuit. Au bout de

huit jours, le résidu vésical n'a pas diminué, il est toujours aux environs de 500 cc. Ce résidu est mesuré à n'importe quel moment de la journée après une station debout prolongée, après une marche et après qu'il ait fait tous les efforts pour vider entièrement sa vessie.

Nous portons alors le diagnostic de « maladie du col vésical » car nous ne trouvons rien d'autre pour expliquer cette dysurie.

Nous faisons une cystoscopie le 10 juin 1928. Nous trouvons un col rouge, légèrement dentelé, mais sans déformation très nette.

Le 26 juin 1928, après avoir fait garder une sonde à demeure nuit et jour pendant six jours au malade, après avoir pratiqué plusieurs dilatations, après avoir lutté par tous les moyens thérapeutiques contre un spasme possible du col, nous nous décidons, la rétention chronique n'ayant pas varié, à intervenir à nouveau. Nous pratiquons sous rachianesthésie une cystostomie.

Le col est sténosé, l'introduction du doigt est difficile. Il est enlevé au bistouri. La petite pièce opératoire est envoyée immédiatement à M. Verliac, chef de laboratoire à l'hôpital Necker, pour qu'il puisse en faire l'examen histologique.

Les suites opératoires furent parfaites. Sonde à demeure uréthro-vésicale le sixième jour. Fermeture complète de la vessie le 16 juillet 1928. Le 18 juillet 1928, le résidu vésical

était de 40 grammes; le 20 juillet de 30 grammes et le 22 juillet de 15 grammes.

Depuis ce moment, le malade vide entièrement sa vessie. Il est complètement guéri. Le 23 juillet 1928, notre collègue, M. Verliac nous écrivait ce qui suit au point de vue de l'examen histologique : « Epithélium normal. Quelques leucocytes dans le chorion mais sans infection importante. Eléments musculo conjonctifs du col normaux; mais le tissu conjonctif fibreux intermusculaire est un peu plus abondant que de coutume. »

OBSERVATION VI

M. B..., 56 ans, de La Pallice rentre dans mon service de l'hôpital Saint-Louis, le 26 février 1929. Il arrive avec le diagnostic de rétention complète et de rétrécissement de l'urètre.

Il a eu une blennorragie avec orchite double à quinze ans. Puis, il a contracté, dit-il, une nouvelle blennorragie à l'âge de 21 ans.

Il urinait parfaitement bien jusqu'à l'âge de 27 ans. A ce moment-là, c'est-à-dire six ans après la deuxième blennorragie, il commence à avoir des difficultés pour pisser et il a même à certains moments de l'incontinence.

Les troubles de la miction allant en augmentant, le Docteur Condamy, chirurgien à l'époque de l'hôpital Saint-Louis,

lui fit subir au mois de mai 1909 une urétrotomie interne. Il est immédiatement soulagé par cette intervention et le malade urine parfaitement bien jusqu'en 1916 sans avoir aucune difficulté à uriner, ni miction fréquente.

En 1916, M. B... recommence à avoir des difficultés pour pisser, et il est évacué du front sur Orléans, où on lui fait une deuxième urétrotomie interne.

Il est à nouveau soulagé, mais beaucoup moins bien. Il a quelques difficultés à uriner et en 1919, les troubles dysuriques apparaissent à nouveau et il est obligé de s'accroupir pour pisser.

Il reste dans cet état jusqu'en janvier 1929. A ce moment, une rétention plus marquée avec vessie à l'ombilic apparaît, le malade urine avec des difficultés de plus en plus grandes et il perd continuellement ses urines.

Son médecin, le Docteur Quantin me l'adresse le 26 février 1929. Je fais le diagnostic de rétrécissement filiforme de l'urètre et je pratique une urétrotomie interne le 27 février 1929.

La sonde est enlevée au bout du troisième jour et le malade ne peut émettre une seule goutte d'urine. On remet la sonde pendant dix jours, on fait des dilatations, et le résultat n'est pas meilleur.

Devant l'absence de tout signe d'hypertrophie de la prostate, de tabes, etc... je porte le diagnostic de « maladie du col vésical » consécutive à des rétrécissements de l'urètre

et je pratique le 19 mars 1929 une cystostomie avec dilacération au doigt du col vésical.

J'avais prié notre collègue le Docteur Verliac d'en faire l'examen histologique, mais une négligence de la Sœur de la salle d'opérations a fait que cette pièce a été perdue et que cet examen n'a pu être pratiqué.

Quoi qu'il en soit, je n'ai pu constater de visu, comme dans tous les autres cas semblables à celui-ci aucune altération apparente du col.

Trente jours après cette intervention, le malade était entièrement guéri. Il urinait parfaitement, et le résidu vésical qui était de 50 cc. environ après la suppression de la sonde uréthro-vésicale, est maintenant à peu près nul.

A une séance de l'Association française d'Urologie du mois d'octobre 1929, M. le Docteur Leroy a présenté l'observation suivante que nous nous permettons de rattacher à l'appui de notre thèse. Il a eu l'extrême obligeance de nous la communiquer avant sa publication et nous lui adressons nos plus vifs remerciements.

M. S..., âgé de 56 ans, présente des troubles de la miction pollakiurie diurne et nocturne, dysurie, avec diminution de la force du jet. Les urines sont troubles par pyurie, dûe à une infection banale.

Ces troubles datent de plusieurs mois, mais se sont brus-

quement aggravés récemment, probablement au moment où s'est développée la cystite. La prostate ne semble pas en cause, étant remarquablement plate, plus petite qu'elle ne l'est habituellement.

En revanche, l'urètre présente des rétrécissements dont le plus étroit laisse passer à frottement l'explorateur à boules n° 12.

Le malade est dilaté et lavé selon la technique habituelle et l'on constate au cours de ce traitement qu'il existe un résidu de 275 grammes absolument invariable, et que la progression des dilatations ne modifie en rien.

Une exploration au Mac-Carthy, pratiquée dès que la dilataation le permet ne révèle absolument rien d'anormal, ni sur le col qui est parfaitement régulier, ni dans la région prostatique, où il n'y a même pas une ébauche d'enfouissement du veru.

La cystoscopie ordinaire montre une vessie normale, avec quelques colonnes, sans diverticule. Mais on arrive à saisir dans le même champ l'urètre et le bord du col. Bien que peu marqué, ce signe de Marion permet de rapporter les troubles de l'évacuation à la lésion du col, hypertrophie légère.

L'intervention sur le col est pratiquée en deux temps. Lors de la deuxième intervention, le col, bourrelet circulaire un peu plus marqué en arrière, mais à peine surélevé, nulle-

ment comparable à une hypertrophie prostatique même légère est dilacéré et excisé à sa partie postérieure.

Les suites opératoires furent simples et le résultat cherché fut obtenu, le malade vidant complètement sa vessie.

Nous allons même jusqu'à nous demander avec M. Marc Papin (comme il l'a dit lui-même à la Société française d'Urologie, séance du 13 mai 1929 à propos de l'observation antérieure de M. le Professeur Marion) si ce n'est pas l'infection provoquée par le diverticule de la vessie, qui est le point de départ de la maladie du col dans les cas paraissant être d'origine congénitale et signalés par M. le Professeur Marion.

D'ailleurs, le Docteur Marc Papin a opéré un malade dans notre service, porteur d'un diverticule de la vessie et auquel il enleva le col vésical parce que celui-ci lui paraissait suspect. Cette observation a été relatée à la séance de l'Association Française d'Urologie du 13 octobre 1928 sous le titre : « Enorme diverticule de la vessie. Marsupialisation. Guérison ».

Et la voici ci-dessous en toute semblable à celles que MM. les Professeurs Legueu et Marion ont eux-mêmes publiées :

M. C. 45 ans, de Burneau (Vendée), m'est adressé par le Docteur Rambaud, le 30 mars 1928,

Se plaint de difficultés pour uriner depuis de longues années.

Le jour où je le vois, il est en rétention complète, avec bas-fond vésical remontant à l'ombilic.

Pas de rétrécissement de l'urètre, pas d'hypertrophie de la prostate.

Le diagnostic de diverticule de la vessie, siégeant sur la face latérale gauche de la vessie, est fait à la cystoscopie.

Après une préparation soigneuse du malade (désinfection de la vessie), je l'opère le 6 avril 1928.

Taille sus-pubienne sous rachi-anesthésie : au lieu d'ouvrir la vessie, j'ouvre les diverticules dont les parois présentaient les mêmes caractères que la paroi vésicale et je tombe dans une énorme cavité remplissant tout le bassin gauche et contenant une énorme quantité d'urine sale et purulente. L'orifice vésico-diverticulaire est trouvé sur la face supéro-latérale gauche de la vessie. Il est rétracté. Je débride cet orifice, je l'ouvre largement et je me contente de drainer par un gros drain de diverticule, puis j'ouvre la vessie et je la draine également par un tube de Marion, me réservant d'intervenir à nouveau plus tard, quand l'infection aurait disparu.

La 2^e intervention est pratiquée le 25 avril 1928, sous rachi-anesthésie. Le diverticule est exploré, il est énorme et, suivant l'expression d'un de mes aides : « *de quoi y loger la tête d'un enfant d'un an.* » Il est adhérent, soudé à tous les

organes du petit bassin. Essayer dans ces conditions une extirpation complète serait risquer les pires catastrophes.

Devant une telle constatation, je me contente de réséquer l'orifice vésico-diverticulaire et de suturer ensuite en deux plans les bords avivés de la vessie. *Me rappelant la fréquence des altérations du col chez les malades atteints de diverticule, je dilacère au doigt le col vésical.* Puis, je marsupialise à la peau la poche diverticulaire, la drainant par une sonde de Pezzer. Je termine enfin l'opération en drainant ensuite largement la vessie par un tube de Marion.

Les drains vésicaux diminuant de calibre tous les trois jours sont définitivement enlevés trois semaines seulement après l'intervention. Une sonde vésicale est mise à demeure et l'orifice sus-pubien vésical se ferme complètement, le 28 mai 1928.

Au cours des jours qui suivirent l'intervention, la sonde de Pezzer, plongeant dans le diverticule, laissait s'écouler une petite quantité de liquide, quand on faisait des lavages vésicaux. Puis, le 17^e jour, l'orifice vésico-diverticulaire paraissait oblitéré, c'est à ce moment là seulement que je mis la sonde uréthrale.

Le malade est aujourd'hui guéri. Il urine parfaitement par l'urètre, vidant complètement sa vessie. Il conserve seulement toujours la sonde de Pezzer plongeant dans le diverticule, et par cette sonde s'écoule une légère sécrétion purulente due au suintement des parois de la poche.

Cette sonde est changée tous les 20 jours et le malade, malgré cette petite infirmité, a repris ses travaux des champs. L'enlèverais-je un jour ? je n'en sais rien, mais j'estime malgré cela que le résultat éloigné de cette intervention est suffisamment satisfaisant pour un cas aussi grave.

Jusqu'à plus ample informé, les idées du Docteur Marc Papin sont actuellement les nôtres, mais trop peu d'observations ont encore été publiées pour que nous puissions aujourd'hui affirmer catégoriquement notre point de vue. Cependant, M. le Professeur Legueu, à la séance de la Société française d'urologie, du 27 décembre 1928, semble venir avec sa haute autorité confirmer ces idées en relatant l'histoire d'un malade porteur d'un rétrécissement auquel il enleva le col vésical et chez qui l'examen histologique du col montra des lésions d'infection et de sclérose. Nous tenons à rappeler cette observation :

Distendu, infecté, rétrécissement filiforme de l'urètre, urétrotomie interne ; rétention incomplète post-opératoire avec distension vésicale variable. Résection du col, guérison. Sclérose du col et infection.

Vi. (Marcel), 44 ans.

Entre d'urgence salle Velpeau, lit n° 6, le 19 février 1928, pour dysurie et pollakiurie.

Le début des accidents remonte à 48 heures environ,

pollakiurie progressive et grosse dysurie avec incontinence nocturne. Le malade n'émet, et à des intervalles très rapprochés (tous les quarts d'heure), que quelques centimètres cubes d'urine très trouble.

A l'examen, globe vésical très apparent dont la convexité affleure l'ombilic.

Au toucher rectal : petite prostate à limites régulières, de consistance uniforme et très dure.

Rien à signaler du côté des réflexes pupillaires et tendineux qui sont normaux ; testicules ne présentent aucune altération. Les reins ne sont pas palpables.

A l'exploration urétrale : l'explorateur à boules est arrêté par un rétrécissement extra-bulbaire très serré, saignant facilement et qui paraît infranchissable, même aux plus petites bougies et au cathétérisme en faisceau.

Dans les antécédents : blennorragie à 19 ans, suivie d'une longue période d'urétrite chronique ; le malade n'a jamais subi de traumatisme sur la région périnéo-bulbaire.

Après une longue période d'évolution absolument silencieuse, les troubles mictionnels ont apparu il y a 2 ans. Traité en ville pour adénome prostatique, les signes fonctionnels marquent un temps d'arrêt pour reprendre ensuite, avec une intensité progressive. Le malade nie avoir contracté la syphilis.

L'état général à son entrée dans le service est bon ; la

langue propre et humide ; la température à 38°, le pouls bien frappé.

Avant de proposer au malade une cystostomie temporaire, un nouvel essai de cathétérisme urétral est tenté ; avec quelques difficultés, on arrive à passer une filiforme. Le lendemain matin, 20 février, on fait une urétrotomie interne à sections multiples.

Evolution : Durant les 3 premiers jours qui suivent l'intervention, la température oscille entre 38 et 39°5 ; la fièvre cède à deux injections intra-veineuses de 1 gr. 25 d'uroformine. Le 3^e jour, la sonde à demeure est supprimée ; mais le malade reste en rétention complète.

Nouvelle période de 48 heures de sonde à demeure, puis les mictions spontanées s'établissent, le malade gardant un résidu trouble de 350 cc. d'abord, puis de 250 cc. le lendemain.

Le 28 février, 8 jours après l'urétrotomie, les troubles mictionnels d'intensité progressive se manifestent à nouveau ; le résidu atteint 1100 cc. et la température monte à 38°3. L'état général se maintient pourtant satisfaisant ; au toucher rectal, aucun signe de suppuration prostatique, les testicules et épидидymes sont normaux.

On prescrit par jour trois sondages suivis de lavages vésicaux au protargol et au nitrate d'argent et le résidu passe de 850 cc. (1^{er} mars) à 700 cc. (2 mars) et à 350 cc. (5 mars).

Entre temps, les dilatations de l'urètre ont commencé et

poursuivies très normalement et facilement. Le 6 mars, soit 15 jours après l'urétrotomie, on arrive au béniqué 46.

Urétroscopie post. le 6 mars : rien à signaler du côté de la vessie, sauf une congestion légère et diffuse du trigone. Le col vésical est normal sans modification de contour, veru montanum irrégulier, boursoufflé, avec un orifice utriculaire béant. Sur la face supérieure du veru, lésions d'urétrite banale organisée. Aucune image urétroscopique d'adénome; grosses présomptions en faveur d'une prostatite chronique.

Le 12 mars, malgré la dilatation poussée au 50 Béniqué, aucune amélioration, sauf pour la dysurie sensiblement améliorée, 4 mictions nocturnes, 4 à 6 mictions diurnes; le résidu est de 500 grammes.

Le 16 mars, taille hypogastrique, évidemment cunéiforme du col au bistouri, par M. le Professeur Legueu. Le col ne présentait d'ailleurs aucune altération apparente. Tamponnement. Suites opératoires favorables; la vessie est fermée le 7 avril, 300 cc. Pas de résidu.

Le malade quitte le service le 15 avril, avec à peine 100 grammes de résidu.

Examen histologique (D^r Verliac) : petit fragment en forme de tronc de cône dont l'aspect macroscopique sur la surface de section est celui du tissu fibreux. Sur les coupes, on trouve un tissu musculaire lisse assez notablement fibreux et une couche conjonctive recouverte d'un épithélium urétral normal, peu proliférant.

La couche conjonctive sous-épithéliale est parsemée de nodules d'apparence leucocytaire. Il ne semble pas qu'on puisse penser à un néoplasme, même au début. Je crois qu'il ne s'agit que *de sclérose et d'infection du col.*

Traitement

Le traitement de la maladie du col vésical reste entièrement chirurgical.

Il faut d'abord faire une cystostomie ; quand la vessie est ouverte, deux moyens nous sont offerts :

1° La résection du col au bistouri. Mais pour cela, il faut que la vessie puisse être largement ouverte. Elle n'est facilement réalisable que lorsqu'on peut faire cette opération en un temps, c'est-à-dire lorsqu'on peut faire d'un seul coup cystostomie et résection du col.

2° La dilacération du col au doigt. Enlever le col, le déchiqueter au doigt en s'aidant d'un doigt de la main gauche introduit dans le rectum.

C'est à cette dernière méthode que nous donnons la préférence quand il y a une cystostomie préalable. Il n'y a pas ici, en effet, besoin d'ouvrir largement la vessie, l'orifice sus-pubien est un peu dilaté pour admettre le doigt et les risques d'ouverture du péritoine sont moins grands que s'il fallait ouvrir largement la vessie, dans cette 2° opération, au milieu de tissus cicatriciels.

Nous croyons cependant qu'un autre traitement s'ouvre

à nous : c'est la destruction du col vésical par les voies naturelles au moyen de l'électro-coagulation. Personne n'a encore essayé cette thérapeutique qui, à notre avis, détruira un tissu sclérosé pour le transformer en un tissu souple.

Dans les services du Docteur Marc Papin, nous n'avons pas pu mettre en œuvre ce mode de traitement nouveau, mais nous nous proposons d'y avoir recours pour les prochains malades que nous aurons l'occasion de rencontrer.

Conclusions

- 1° Nous ne nions qu'il y ait des maladies congénitales du col vésical, mais nous voudrions avoir plus d'observations que celles relatées jusqu'ici pour nous faire une idée exacte à ce sujet. Cependant, les observations de MM. Marion et Chevassu semblent devoir confirmer cette hypothèse dans certains cas.
- 2° Avec M. le Professeur Legueu nous affirmons qu'il y a des maladies acquises du col vésical et qu'elles sont « un premier stade, la plus simple expression de la maladie prostatique. »
- 3° D'après les observations de M. Marc Papin, nous concluons non seulement que cette maladie est acquise, mais qu'elle est même consécutive (au moins chez nos malades) à une infection provoquée par les rétrécissements de l'urètre, par un diverticule de la vessie, et peut-être aussi par un autre état pathologique.
- 4° Quelle que soit l'origine de la maladie, la thérapeutique reste la même : ablation du col au bistouri ou dilacération

au doigt suivant que le malade est opéré en un ou deux temps. Cependant nous avons, croyons-nous, un autre procédé qui est encore à étudier : c'est la destruction de ce col par les voies naturelles au moyen de l'électro-coagulation qui, à notre avis, détruira un tissu sclérosé pour le transformer en un tissu souple.

Vu le Doyen,

ROGER.

Vu le Président,

LEGUEU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

Bibliographie

PAUL DELBET. — Encyclopédie française d'Urologie. Rétention et incontinence d'urine.

DUCAMP. — In P. Delbet. Rétention et incontinence d'urine.

MARION. — Vingt-sixième Congrès français d'Urologie. « De l'hypertrophie congénitale du col vésical. »

MARION et CHEVASSU. — S. F. U. Séance du 11 juillet 1927.
« Un nouveau cas d'hypertrophie congénitale du col vésical. »

LEGUEU. — S. F. U. Séance du lundi 4 novembre 1927.
« L'hypertrophie du col vésical. »

MARION. — S. F. U. Séance du 19 décembre 1927. « A propos des dysuries par modification du col vésical ».

MARC PAPIN. — S. F. U. Séance du 20 février 1928. « Contributions à l'étude des dysuries dues aux maladies du col vésical ».

BLANCHOT (Bordeaux). — S. F. U. Séance du 9 juillet 1928.
« Sur un cas de sténose du col vésical ».

MARC PAPIN. — S. F. U. Séance du 13 octobre 1928.
« Enorme diverticule de la vessie. Marsupialisation. Guérison ».

MARC PAPIN. — Séance du 19 novembre 1928. « Une nouvelle observation de maladie du col vésical consécutive à des rétrécissements de l'urètre ».

LEGUEU et FLANDIN. — S. F. U. Séance du 17 décembre 1928. « Deux observations de résection du col suivies de guérison ».

MARC PAPIN. — S. F. U. Séance du 13 mai 1929. « Troisième note à propos des maladies du col vésical et des rétrécissements de l'urètre ».

LEROY (Paris). — Congrès Français d'Urologie, oct. 1929.

